空军特色医学中心医用耗材（试剂）降价函

经销商名称：（名称+盖章） 联系人及电话： 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | GOODS\_ID | 国家医保C码（27位） | 产品名称 | 规格 | 型号 | 生产企业 | 单位 | **原供货价格（元）** | **拟调整价格（元）** | 注册证产品名称 | 注册证号 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1、“GOODS\_ID”及 “国家医保C码（27位）”由北京市医疗保障信息系统耗材招采子系统（阳采平台）查询，或联系生产企业咨询。

2、收费情况填是否可收材料费或检验、诊疗项目名称及价格，纸质版文件附收费政策文件复印件等，试剂备注填折合xx元/人份。

3、纸质版交医工科，并于图特系统自主降价。